

事業者台帳

群馬県美容業生活衛生同業組合

| | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|---|---|---|-----------------|-------------|
| 加入年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 支部 | 支部 |
| 組合員氏名 | フリガナ | | | | | 男 ・ 女 |
| | 大・昭・平 年 月 日生 | | | | | |
| 現住所 (法人の場合は主たる 事業所の所在地) | 〒 | | | | | TEL |
| | - | | | | | |
| 美容所名 (確認証と同じ名称) | フリガナ | | | | | TEL |
| | - | | | | | |
| 美容所住所 | 〒 | | | | | TEL |
| 開設年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 保健所許可番号 | 第 号 | | | | | |
| 美容師免許 取得年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 美容師免許 | 第 号 |
| 管理美容師 取得年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 管理美容師 終了証書番号 | 第 号 |
| 標準営業約款 | 登録 | | | | 未登録 | |
| 美容所賠償責任 補償制度 | 加入 | | | | 未加入 | |
| 備考 | (役員又は支部役員は役員歴・表彰された方は表彰歴その他を記入して下さい) | | | | | |

- 注 ①組合員は必ずこのカードを支部を経由して提出して下さい。
②このカードは核該当欄に正確に丁寧に記入してください。